

Página de certificación del cliente

*Lea todos los párrafos de esta página antes de firmar la solicitud
Si no entiende un párrafo, pida ayuda al encargado del caso.*

1. Yo entiendo que soy responsable de notificar los nombres de todas las personas que viven en mi casa y el número de seguro social e ingreso de todas las personas que viven conmigo.
2. Yo entiendo que soy responsable de dar toda la información solicitada dentro de 30 días de la fecha de esta solicitud o la solicitud quedará nula y será negada. Yo podría volver a solicitar, pero debo hacer una nueva solicitud.
3. Yo entiendo que tengo derecho a pedir beneficios de Ayuda de Energía y a recibir un pago o una carta de explicación dentro de 45 días de la fecha en que presento esta solicitud.
4. Yo entiendo que si creo que mi solicitud de Ayuda de Energía se ha negado en forma incorrecta o mi pago es incorrecto, yo puedo pedir una audiencia imparcial. También puedo pedir audiencia imparcial si no he recibido pago o explicación dentro de 45 días de la fecha de mi solicitud. Puedo pedir audiencia imparcial contactando la oficina local donde postulé o por escrito a: Wisconsin Department of Administration, Division of Hearings & Appeals, P.O. Box 7875, Madison, WI 53707-7875.
5. Yo entiendo que si deciden que soy elegible para recibir beneficios de ayuda de energía, puedo recibir recomendación para otros programas residenciales de climatización y/o energía.
6. Yo entiendo que si siento que me han discriminado de alguna manera ilegal, podré presentar una queja comunicándome con el coordinador 504 de la agencia donde hice la solicitud o con cualquier persona autorizada por la agencia para recibir quejas de discriminación.
7. Yo entiendo que la oficina de "Wisconsin Department of Administration" puede usar la información entregada en este formulario con propósitos de investigación, evaluación y análisis.
8. Yo entiendo que estoy autorizando al "Wisconsin Department of Workforce Development" para divulgar información al programa "Home Energy Plus Program" con objeto de verificar el empleo y/o ingreso.
9. Yo entiendo que la información de este formulario podría ser divulgada a los programas de energía que operan bajo aprobación del "Wisconsin Public Benefit Program Authority" o "Wisconsin Public Service Commission".
10. Usted debe usar los pagos que recibe para pagar los costos de calefacción/electricidad de la residencia que anotó en su solicitud o para pagar calefacción/electricidad de la residencia permanente donde se cambie en Wisconsin.

Yo certifico que la información de esta solicitud y toda la información dada en conexión con esta solicitud son hechos completos y verdaderos. Además, certifico que he leído y entiendo los párrafos de arriba. Yo entiendo que al firmar esta solicitud, autorizo a la agencia "Home Energy Plus" y al "Department of Administration (DOA)" para obtener verificación de empleo y/o ingreso si fuese necesario. También autorizo a la agencia Home Energy Plus y a DOA para que obtengan información relacionada a:

- ❖ Uso de energía en mi hogar e información de cuentas (incluyendo costo de calefacción y electricidad).
- ❖ Información de vivienda de oficinas de hogares con subsidio o de inquilinos.
- ❖ Verificación de ingreso.

Entiendo también que me pueden pedir que entregue prueba de la información que doy en esta solicitud y que dar información falsa puede anular esta solicitud, exigirme que devuelva los beneficios recibidos y posiblemente quedar sujeto a enjuiciamiento por fraude.

Pedir el número de Seguro Social no está prohibido por la ley federal y se exige como elemento de información para seguimiento de beneficios otorgados al solicitante por este programa. Si no se provee esta información se retrasará el proceso de su solicitud y la incapacidad de determinar la cantidad de beneficios.

Firma de Solicitante	Fecha (mes/día/año)
FOR OFFICE USE ONLY	
Agency Worker Signature	Date (mm/dd/ccyy)